N° 95
13

LES MASTOÏDITES D'EMBLÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1905

PAR

Joseph BÉNET

Né à Tautavel, le 5 mars 1882

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUST. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
TRUC . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻)
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre, Professeur adjoint.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	DE ROUVILLE, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA TANTE

A MA SŒUR

J. BÉNET.

A MES ONCLES

LE DOCTEUR ÉMILE PARÈS

HIPPOLYTE PARÈS

LAURENT PARÈS

ANTONIN BÉNET

J. BÉNET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

J. BÉNET.

A MON ÉMINENT MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MON JEUNE MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR SOUBEYRAN

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

J. BÉNET.

AVANT-PROPOS

Epuiser dans un avant-propos les sentiments de sympathie profonde et la reconnaissance heureuse qu'ont fait naître dans notre cœur les relations d'étroite amitié, parce que la coutume le commande :

Répandre, en les mêlant, la joie d'être arrivé au terme de nos études, l'amertume et les regrets d'abandonner avec la Faculté, tout un passé de plaisir et de bonheur, parce qu'ainsi le veut l'habitude :

Prodiguer à certains maîtres éminents les éloges qui ne semblent mérités, que parce que l'usage l'exige, nous paraît ridicule et absurde.

Nous passons fièrement par dessus l'usage et les convenances, en exprimant toute notre horreur pour l'habitude dont la consécration a été faite d'une façon si banale et si peu sincère par tant de générations.

Nous ouvrirons, sans arrière-pensée, notre cœur à tous ceux que nous aimons.

Nous leur parlerons avec la sincérité qui convient à leur sagesse et leur dignité.

Notre première pensée sera pour notre excellent maître, M. le professeur Forgue, qui nous a si longtemps honoré de son estime et de sa sympathie.

Pendant plus de deux ans nous avons suivi, avec assi-

duité, notre maître dans les salles de l'Hôpital suburbain. Au chevet du malade nous avons appris notre pathologie externe. A la salle d'opération, nous avons pu apprécier l'originalité de ses méthodes opératoires. Nous lui devons en un mot toutes nos connaissances chirurgicales.

M. le professeur Carrieu a complété notre instruction. A lui seul, nous sommes redevable des idées et des connaissances médicales que nous possédons.

Les qualités du clinicien fin et intelligent, la perspicacité de l'observateur, nous ont appris à étudier un malade avec un double avantage, et pour la guérison de ce dernier et pour notre propre instruction.

Chez lui, nous avons appris à faire un diagnostic, à suivre l'évolution d'une maladie et à formuler le traitement.

A ces deux maîtres éminents, auxquels nous ne payerons jamais la dette contractée envers eux, va notre reconnaissance et aussi notre admiration.

M. le professeur Granel nous a témoigné, pendant le cours de nos études une vive sympathie. Nous lui adressons nos plus vifs et sincères remerciements.

Nous avons, avec intérêt, écouté les leçons savantes de MM. les professeurs Ducamp et Sarda.

Nous les remercions du profit que nous en avons retiré. En maintes circonstances, M. le professeur agrégé Vires nous a aidé de sa bienveillance et de son autorité. Nous sommes heureux de joindre son nom à ceux de nos maîtres précédemment cités.

M. le professeur agrégé Soubeyran a été avant tout pour nous, un ami dévoué et fidèle. Il fut aussi un jeune maître, à l'école duquel nous avons appris à aimer la chirurgie.

L'exposition brillante et savante de ses leçons nous ont aidé à la connaître.

Nous rappellerons à M. le professeur agrégé Poujol, actuellement en congé, combien il nous a été pénible de nous séparer de lui ; et combien il nous aurait été agréable d'avoir pu profité des conseils qu'il n'aurait pas manqué de nous prodiguer.

Notre ami le docteur Calmettes, professeur à Beyrouth, nous a soigné au cours d'une terrible maladie ; son vouloir et sa peine ont été soumis à une rude épreuve. Nous lui en garderons une éternelle reconnaissance.

M. Toubert, médecin major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a mis à notre disposition ses travaux originaux sur les mastoïdites d'emblée. Nous avons fréquemment emprunté à ses ouvrages. Nous lui exprimons toute notre gratitude.

M. le professeur Moure, de Bordeaux, a bien voulu répondre à une de nos lettres, se mettant à notre disposition pour les explications que nous lui avions demandées.

Nous le remercions de sa gracieuse et aimable intention.

Notre ami le docteur Vincent Riche, chef de clinique chirurgicale, nous a donné les deux observations qui font le sujet de notre thèse. M. le docteur Jacques Delage, notre ami également, a bien voulu nous communiquer une observation qu'il avait recueillie dans le service de M. le professeur Forgue pendant son clinicat. Il s'est mis à notre entière disposition pour les renseignements que nous lui avons demandés.

Notre charmant ami, M. le docteur Gaston Riey, a bien voulu nous aider à bâtir le plan de notre travail ; qu'ils reçoivent l'expression de notre reconnaissance à laquelle ils ont droit à tant de titres.

Enfin, c'est sur vous, chers amis, que je jette mon dernier et mon plus doux regard. Vous avec qui j'ai vécu si étroitement pendant de si longues années, avec qui j'ai partagé mes plaisirs et mes peines, recevez l'adieu de l'ami qui vous quitte.

Désormais notre existence sera particulière à chacun de nous, la joie nous fera peut-être égoïste, et les malheurs nous rendront mauvais.

Si les circonstances nous font tels, puissions nous rappeler les années trop courtes, hélas, pendant lesquelles notre existence à tous ne faisait qu'une existence, et le bonheur d'un seul était le bonheur de tous.

Ce souvenir adoucira peut-être l'amertume et la tristesse dont sera pleine la réalité basse et vile de notre vie.

LES

MASTOÏDITES D'EMBLÉE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Il est téméraire, semble-t-il, d'ajouter aux nombreux travaux accumulés sur les affections de l'apophyse et des cellules mastoïdiennes, une étude peu savante d'une variété d'inflammation très rare et très peu connue.

Nous voulons parler des mastoïdites primitives, des mastoïdites dites d'emblée, que tant d'auteurs ont méconnues et niées.

Ses mastoïdites, dont l'existence a été si longtemps discutée, ont été, semble-t-il, enfin isolées par l'observation intelligente de médecins distingués.

Ils ont décrit une symptomatologie de cette variété d'affections qui leur paraissent avoir une pathogénie particulière.

Elles apparaissent sans cause appréciable. Malgré l'investigation la plus minutieuse, on ne peut trouver dans les antécédents du malade aucune particularité pouvant expliquer l'apparition de la mastoïdite.

L'anatomie pathologique semble avoir confirmé la manière

de voir de ceux qui prétendent qu'il existe des mastoïdites primitives, les montrant indépendantes de toute lésion de l'antre, de la caisse et du tympan.

Malgré les affirmations de certains concluant à l'existence de la mastoïdite d'emblée, malgré l'autorité de certaines observations confirmant leur opinion, nous ne voulons pas oublier les discussions savantes engagées à ce sujet, ni méconnaître l'opinion de ceux qui nient leur existence, en apportant dans ce modeste travail la solution de toutes ces divergences.

Si donc actuellement, malgré les nombreux cas observés, la mastoïdite primitive doit être admise sous toutes réserves, il semble toutefois qu'il existe des raisons suffisantes pour déterminer des variétés particulières de mastoïdites :

Mastoïdite sans otite moyenne.
Mastoïdite avec otite moyenne.

Encore convient-il de s'entendre sur la signification des termes.

Appellerons-nous primitive d'emblée toute mastoïdite sans otite moyenne ?

Notre prétention certes ne sera pas d'affirmer l'existence des mastoïdites d'emblée, ni de tenter un essai de classification des causes des mastoïdites en répondant affirmativement à cette question.

Nous reconnaissons que nous sommes encore dans l'impossibilité d'expliquer exactement la pathogénie de ces affections.

Nous nous bornerons donc à décrire sous le nom de mastoïdite d'emblée les mastoïdites se manifestant isolément sans symptômes apparents du côté de l'oreille, sans tympanite, sans perforation du tympan et participation de la caisse, que ces mastoïdites soient ou non primitives, qu'elles soient précédées ou pas d'inflammation de la caisse ou du tympan, passagère ou trop bénigne pour qu'elle soit sûrement constatée.

Nous limiterons à ce cadre notre sujet. Nous en écarterons les mastoïdites se produisant sous l'influence d'une action traumatique, de la tuberculose ou de la syphilis.

Nous en écarterons également les ostéomyélites consécutives à une nécrose du temporal ; la pathogénie et la symptomatologie de ces affections ne constituant rien de particulier et ressemblant en tous points aux affections des autres parties du corps.

Ainsi limité, notre sujet ne sera pas venu prématurément, et la discussion des observations originales qu'il renferme, rendra moins audacieuse la tentative que nous avons faite sous les auspices de notre éminent maître le professeur Forgue. C'est sur ces conseils que nous avons entrepris cette étude.

Ses qualités cliniques et son autorité nous ont encouragé dans la rédaction de ce modeste travail, que nous voulions trop tôt abandonner.

Nous décrirons immédiatement les observations de M. Forgue dont l'histoire est la suivante.

Observation Première

Recueillie dans le service de M. le professeur Forgue
(Due à l'obligeance de M. le docteur Riche, chef de clinique)

La nommée Marie B..., infirmière, se couche dans le lit 32 de la salle Dubreuil, pour des douleurs très vives dans l'épaule droite et la région latérale du cou.

Cette manifestation, datant de huit jours environ, n'est consécutive à aucune maladie générale ou locale.

Rien de particulier dans ses antécédents, tant héréditaires qu'individuels.

La malade n'a jamais souffert des oreilles ; elle n'a jamais eu d'écoulement d'oreilles.

Actuellement, la malade accuse de violentes douleurs dans la région droite du cou, s'étendant jusque dans l'insertion inférieure du sterno-cléido-mastoïdien, la clavicule et l'épaule droite.

Ces douleurs sont augmentées par la mastication, l'éternuement, la toux et réveillées par la pression un peu au niveau du tragus et surtout au sommet de l'apophyse masloïde ; les pourtours du pavillon de l'oreille sont indolores.

Du côté de l'oreille on ne constate ni aucun trouble, ni d'otorrhée. Le conduit auditif ne présente pas d'altération. La membrane du tympan est intacte. Aucune anomalie ne se voit à l'extérieur de la mastoïde, ni rougeur, ni tumeur, ni œdème, ni grosseur. La peau est normale et glisse facilement sur l'os.

La palpation et la pression sont très douloureuses et augmentent les douleurs spontanées dont la malade est complètement affligée.

Ces douleurs sont profondes, térébrantes et névralgiques, elles ont pour point de départ la mastoïde et rayonnent vers l'occipital, le temporal et le sterno-cléido mastoïdien du même côté.

En l'absence de phénomènes réellement apparents du côté de la mastoïde, on pense à un rhumatisme articulaire aigu.

Les douleurs deviennent chaque jour plus violentes ; l'état général s'aggrave ; stupeur, prostration, photophobie.

Devant ces symptômes alarmants, M. le professeur Forgue décide l'opération qui est pratiquée le 9 juin.

Opération. — Toutes les précautions exigées par la méthode antiseplique ayant été prises, la région mastoïdienne est rasée avec soin, puis lavée au sublimé, à l'alcool et à l'éther iodoformé.

M. Forgue fait dans le premier temps une incision parallèle au bord postérieur du pavillon. Elle s'étend jusqu'au quart inférieur de celui-ci. La pointe est trépanée à la gouge et au maillet, cette trépanation conduit dans une cavité osseuse à parois éburnées, très épaisses sans communication avec l'antre. Il s'écoule un peu de pus.

Il semble que cette cavité ait été séparée du système cellulaire de l'apophyse, se soit enflammée, ouverte et guérie pour son propre compte. Avec la curette tranchante le foyer est bien nettoyé. Avec la pince gouge de Nélaton les parois sont aplanies.

Deux mèches sont laissées dans la plaie qui est fermée seulement à sa partie supérieure par trois points au crin de Florence.

Suites opératoires. — Immédiatement après l'opération les douleurs sont violentes. Elles se calment le deuxième jour. L'état général est redevenu bon, la température est revenue à 37°2.

On renouvelle le pansement tous les jours. On enlève bien-

tôt les fils. La plaie est alors en très bon état et la malade ne souffre presque plus si ce n'est par les mouvements occasionnés par la mastication et la parole.

Quinze jours après l'opération, la plaie est régulièrement et complètement guérie, la perte de substance de la mastoïde est presque comblée et la malade ne souffre plus du tout et reprend, complètement guérie, son service à l'hôpital.

Observation II

(Recueillie par le docteur Jacques Delage)

Mastoïdite d'emblée. — Opération. — Guérison

La nommée K..., sans profession, âgée de 53 ans, est amenée d'urgence un matin (juillet 1903) par le docteur Martin, dans le service de M. le professeur Forgue qui la voit couchée au n° 19 de la salle Dubreuil.

Antécédents. — Ménopause, il y a quatre ans, sans incidents. A l'heure actuelle, la malade ne se plaint d'aucune maladie générale ou locale autre que sa douleur derrière l'oreille. Il y a deux mois, elle eut l'influenza, mais si bénigne que pendant la semaine où elle fut fatiguée elle continua à s'occuper de son ménage. Il y a trois jours, ayant quelques maux de tête, elle fit appeler son médecin traitant, le docteur Dusser, qui, trouvant une douleur fixe au niveau de la région mastoïdienne, lui prescrivit des compresses d'eau chaude et le repos. Le lendemain il dut s'absenter, ne put voir la malade qui fit demander le docteur Martin. Les douleurs sont violentes et continuant à augmenter, le lendemain le docteur Martin lui-même conduit la malade à l'hôpital où elle arrive pendant la visite ; elle est vue immédiatement par M. le professeur Forgue.

La malade est hébétée, elle souffre beaucoup alors même qu'elle est au repos et qu'on ne l'examine pas. Elle entend cependant très bien et répond aux questions qu'on lui pose. La région mastoïdienne est le siège d'un gonflement assez volumineux, la peau est blanche, tendue, œdématiée, le doigt y laisse une empreinte en godet, mais cependant il n'y a pas de pus directement sous la peau, pas de fluctuation, la pression est extrêmement douloureuse. Pas d'écoulement par l'oreille, dont la malade n'a jamais souffert ni autrefois, ni les jours précédents. Température axillaire = 38°4.

M. le professeur Forgue porte le diagnostic de mastoïdite d'emblée, et ne trouvant pas d'indication à l'opération d'urgence, la malade est laissée au repos et sera surveillée pour être opérée si besoin en est très rapidement.

Deux jours s'écoulent pendant lesquels la malade continue à avoir de la fièvre, 39° et 39°1, le soir ; les douleurs sont toujours violentes et soutenues, le gonflement gagne la région supérieure de l'apophyse mastoïde. M. Forgue décide l'opération.

Opération. — Par M. le professeur Forgue, aidé de MM. Delage et Massabiau, en présence du docteur Dusser. Anesthésie à l'éther par M. Delanoë.

Incision classique de la peau et des plans superficiels jusqu'à l'os, prolongée fortement sur la pointe qui est trépanée à la gouge et au maillet. Il s'écoule une petite quantité de pus, blanc verdâtre, sans odeur et de bon aspect, des cellules de la pointe de la mastoïde qui est attaquée la première. Avec la curette tranchante le foyer est bien nettoyé ; à la région supérieure, il y a très peu de pus. Deux mèches à demeure sont laissées dans la plaie qui est fermée seulement à sa partie supérieure par trois points au crin de Florence.

Durée de l'opération : 17 minutes.

Suites opératoires. — La malade est ramenée dans son lit,

le lendemain soir, la température est revenue à 27°3. La malade est pansée tous les jours pendant la première semaine, n'a plus de mèche au 15e jour et sort guérie avec une cicatrice excellente et peu visible le 27e jour.

Revue depuis par le docteur Delage, cette malade a repris sa vie ordinaire et n'a jamais plus souffert, ni douleur d'oreilles, ni névralgie.

Observation III

Recueillie par le docteur Vincent Riche, chef de clinique

Mastoïdite d'emblée. — Opération. — Guérison

Le nommé Jules D..., mécanicien, âgé de 40 ans, rentre le 14 juin 1905, dans le service de M. le proefsseur Forgue, qui le voit couché au n° 13 de la salle Delpech.

Antécédents. — N'a jamais souffert des oreilles. En janvier il fut atteint d'un léger malaise qui dura deux jours, malaise qui d'ailleurs ne l'obligea pas à quitter son travail. Il souffrit alors de son oreille droite pendant les deux jours de sa maladie. Ni douleur intense, ni écoulement d'oreilles.

Dans les premiers jours de juin il a recommencé à souffrir de la partie latérale supérieure droite du cou. La douleur se localisa bientôl à l'apophyse mastoïde avec irradiations lancinantes dans les régions occipitales et pariétales. A l'heure actuelle, les douleurs sont intenses, ayant pour point de départ et pour centre l'apophyse mastoïde rayonnant tout autour, mais surlout du côté de l'occipital.

On constate, en arrière du pavillon, une tuméfaction rouge qui s'étend au-dessus du conduit auditif externe. Toute la partie postérieure de la région mastodïenne et la région temporale sont empâtées. La peau est rouge. Le conduit est rétréci par une chute de la paroi supérieure. Le tympan est normal. L'état

général est bon et le malade ne présente aucun symptôme méningé. Pas de vomissement.

M. le professeur Forgue porte le diagnostic de mastoïdite d'emblée.

Les douleurs, un instant soulagées, reprennent leur intensité.

L'opération, décidée par M. le professeur Forgue, est pratiquée le 16 juin.

Après incision du périoste et rugination exacte, on voit l'apophyse blanche partout dure avec pertuis fongueux d'aspect éburné. La trépanation nous fait arriver dans une vaste collection purulente. Le pus sort en battant. Avec la curette tranchante on gratte les fongosités que l'on ramène abondantes.

Avec la gouge et le maillet on élargit l'ouverture et avec la pince gouge de Nélaton on en aplanit les bords.

L'incision a été suturée, sauf l'angle inférieur par lequel est mise une mèche. Pansement comme d'habitude. Les fils et la mèche ont été retirés le 8e jour. Il n'y a jamais eu de suppuration et le malade est parti en convalescence complètement guéri le 22 juin.

Nous ferons remarquer, pour les observations I et III, que s'il s'agit bien de mastoïdite primitive, il s'agit en même temps de ces deux variétés de mastoïdite : mastoïdite purulente et mastoïdite névralgique comparable à l'ostéite névralgique des membres et justiciable comme elle de la trépanation de l'os. Une observation semblable a été faite par M. Toubert, médecin-major, professeur au Val-de-Grâce, pour un des trois cas qu'il a bien voulu nous laisser rapporter dans cette thèse.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Peut-on accepter l'idée d'une mastoïdite d'emblée, dans laquelle l'infection passerait directement de la trompe d'Eustache à l'antre et à l'apophyse.

Les cellules mastoïdiennes peuvent-elles s'infecter primitivement sans tympanite préalable ?

Bellin fait à cette question une réponse hésitante et douteuse en rapportant dans sa thèse l'opinion de certains auteurs.

Grüber, dans son *Traité des maladies de l'oreille*, écrit : « Plusieurs auteurs décrivent une inflammation primitive idiopathique de la portion mastoïdienne, sans affection préalable du périoste et sans inflammation de la membrane qui tapisse l'oreille moyenne. ».

Bôk, Agnew, Orne-Green, Hartmann ont décrit de ces cas. Je n'ai jamais observé une inflammation primitive de la portion mastoïdienne aussi circonscrite. J'ai vu beaucoup de cas d'infection de l'oreille moyenne avec prédominance des symptômes mastoïdiens et même des cas où l'inflammation de la portion mastoïdienne durait longtemps encore, tandis que les phénomènes inflammatoires des autres parties avaient disparu. »

Schwartze, dans son *Traité des affections chirurgicales de l'oreille*, s'exprime de la même façon.

Actuellement, la mastoïdite primitive n'est admise que sous toutes réserves.

On peut cependant faire une légère exception (1) en faveur de l'ostéomyélite et de la tuberculose primitive du temporal. L'infection de la mastoïdite se fait par l'intermédiaire de la caisse, quelquefois par l'intermédiaire du conduit auditif externe. Dans quelques cas les lésions de l'oreille moyenne ne sont que passagères tandis qu'elles continuent leur évolution dans l'antre et la mastoïdite. C'est ainsi qu'on doit comprendre la mastoïdite d'emblée.

M. le professeur Mignon, dans son ouvrage sur « Les complications septiques des otites moyennes suppurées », partage cette opinion. Il écrit :

« Les faits de mastoïdite précédée d'une simple otite catarrhale sans perforation du tympan ne sont pas très rares, et si l'oreille était toujours bien examinée, les mastoïdites primitives qu'on met déjà dans les exceptions paraîtraient plus exceptionnelles encore. ».

M. Snydacker cherche à établir que dans la plupart des cas, il s'agit vraisemblablement plutôt d'un cas atypique d'otite moyenne que d'une mastoïdite primitive.

Politzer dit : « Les phénomènes inflammatoires qui atteignent la membrane muco-périostale qui tapisse les cavités pneu-

---

(1) Nous avons dit dans l'introduction que nous écartions du cadre les mastoïdites d'emblée, les affections tuberculeuses, syphilitiques primitives de l'apophyse mastoïde.

L'indépendance de ces mastoïdites avec les affections de l'oreille moyenne étant d'autant plus vraisemblable qu'un développement d'infection absolument semblable peut se produire dans d'autres portions de la calotte crânienne.

matiques de l'apophyse mastoïde surviennent rarement spontanément, mais le plus souvent à la suite de la propagation de l'inflammation de la cavité tympanique, rarement du conduit auditif externe. Toutefois, l'inflammation primitive du revêtement des cellules mastoïdiennes, si elle est rare, est possible. » Elle se produit sans cause connue.

Urbantchitsch, rapportant dans son *Traité des maladies de l'oreille*, l'opinion de Voltalini conclut à la rareté de la mastoïdite idiopathique, mais à son existence réelle. Zafual a vu lui aussi une inflammation suppurative localisée dans les cellules mastoïdiennes, sans carie et participation de la caisse. Lui aussi conclut à la possibilité des mastoïdites d'emblée .

Nuvoli dans son mémoire insiste sur ces mastoïdites indépendantes de tous phénomènes d'otite et il en donne une observation bien intéressante. « Quoiqu'en réalité, dit-il, l'ostéite de la mastoïde soit souvent accompagnée d'une otite moyenne purulente ou hyperplasique, on trouve toutefois des cas dans lesquels il n'y a aucune altération apparente de l'oreille moyenne : alors on pourrait se demander, quand ces circonstances existent, si une cause première et directe ne serait pas la cause occasionnelle de l'affection de la mastoïde. »

Duplay rapporte des cas obscurs dans lesquels l'inflammation de l'apophyse semble être primitive ou tout au moins indépendante d'une suppuration de la caisse. Hermet, Moure, Kôrner ont vu des suppurations se montrant d'emblée dans les cellules mastoïdiennes sans tympanites préalables sûrement constatées.

Ainsi, nous voyons, d'après ce qui précède, combien différente est l'opinion des auteurs : pour les uns la mastoïdite primitive n'existerait pas ; pour d'autres, elle serait une mastoïdite évoluant en même temps qu'une otite catarrhale bénigne inaperçue ; pour d'autres enfin, dans certains cas, la mastoï-

dite d'emblée existerait primitivement, l'inflammation de la caisse serait secondaire.

De toutes ces remarques semble se dégager ce fait important, celui que nous devons mettre en lumière. Cliniquement la mastoïdite d'emblée existe.

Un malade vient à nous, accusant des douleurs derrière l'oreille dont il n'a jamais souffert. L'examen au spéculum nous montre saine la membrane du tympan. La pression exercée sur l'apophyse mastoïde amène une recrudescence des douleurs. Une tumeur se forme. La trépanation nous conduit dans des cellules, ou dans un antre, remplis de pus, la caisse est libre de suppuration.

Ces cas-là peuvent-ils et ne doivent-ils pas cliniquement être rangés parmi les mastoïdites d'emblée.

Le plus souvent, nous fera-t-on remarquer, l'infection de l'oreille moyenne a pu exister, car c'est par elle qu'elle se fait, qu'elle a été assez atténuée pour ne se révéler par aucun symptôme important et n'a pas éveillé l'attention des observateurs.

Nous acceptons la remarque, et nous ajoutons même que ces mastoïdites qualifiées d'emblée sont les plus communes.

Mais ne pouvons-nous pas trouver une inflammation de la mastoïde vraiment indépendante, et à laquelle succèderait une otite moyenne.

Deux observations : une de P. Hermet, l'autre de R.-A. Wilson, confirment cette hypothèse.

Qui nous dit, par exemple, qu'une maladie antérieure n'ait pas provoqué une légère inflammation des cellules pétro-mastoïdiennes.

Politzer ne fait-il pas remarquer qu'il n'a pas trouvé un seul cas où les cellules mastoïdiennes fussent indemnes, même dans le cas d'otite catarrhale passant inaperçue, et que les modifications pathologiques des cellules peuvent persister très longtemps sans symptômes ni objectifs ni subjectifs.

Il suppose que les coccus ne trouvent dans les cellules mastoïdiennes un terrain propice à leur développement que dans certaines conditions déterminées dont la nature a échappé jusqu'ici à nos investigations.

P. Hermet conclut que les cas de ce genre sont évidemment très rares, et, recherchant les causes de ce fait exceptionnel et en l'absence d'un fait palpable le mettant sur la voie, il arrive à admettre qu'un coccus peut, par la trompe d'Eustache, se rendre directement dans l'antre mastoïdien, en traversant l'oreille moyenne sans s'y arrêter.

A ceci, M. Toubert répond que le plus souvent les infections paraissent se conformer à cette règle, pour ainsi dire sans exception, qui veut qu'en pathologie auriculaire les lésions procèdent par continuité et non par bonds.

La première étape de l'infection doit aboutir à l'otite moyenne catarrhale. Elle est un état intermédiaire, l'endomastoïdite est le terme de l'infection.

Que le coccus fasse de l'otite catarrhale, trop bénigne pour qu'elle soit constatée, qu'il traverse l'oreille sans s'y arrêter, les endomastoïdites, terme de l'affection, seront pour nous les mastoïdites d'emblée.

Sauf de très rares exceptions, c'est du pharynx que vient l'infection ; c'est par la trompe d'Eustache qu'elle se fait. Plus rarement, elle est consécutive à une inflammation du conduit auditif externe. Elle envahit le temporal, les canaux de Havers, les cellules limitrophes. C'est l'antre qui localise plus spécialement le processus et se nécrose.

Maintenant, pour expliquer comment la caisse du tympan se voit libre d'infection, tandis qu'il existe une abondante suppuration de la mastoïde, nous devrions accepter l'une de ces deux alternatives : ou la caisse est divisée en deux par une cloison complète qui isole absolument la partie supérieure de l'infé-

rieure ; ou bien, dès le premier moment, il se produit une oblitération complète du conduit tympano-mastoïdien ayant converti l'apophyse en une cavité close.

La première circonstance s'observe quelquefois, mais presque toujours aussi comme conséquence d'anciennes affections exsudatives de la caisse, ayant laissé de grandes adhérences, dont l'effet se traduit par les troubles profonds de l'audition.

Du moment que chez nos malades (Observations I, II et III), cette fonction n'était pas altérée, nous croyons que nous ne nous ne trouvons pas dans le premier cas.

La seconde hypothèse est certainement la vraie ; l'infection se fait directement de la trompe à l'antre, sans affecter légèrement, ou pas du tout, la caisse du tympan, et celle-ci, en admettant le premier cas, évolue rapidement vers la guérison. Dès le commencement, les deux cavités s'étant isolées par oblitération de l'*auditus ad antrum*, les germes septiques se développent uniquement dans la mastoïde ; mais ceci accepté, l'attention est appelée tout aussitôt sur la présence de phénomènes de cavité close.

L'infection évolue pour son propre compte à l'intérieur de celle-ci ; c'est alors qu'il est nécessaire de recourir à une large intervention chirurgicale pour délivrer les malades des graves dangers qui les menacent.

Souvent, surtout chez les vieux, la paroi interne de l'apophyse n'offre aucune résistance. Elle est perforée dès le premier moment, avant que les phénomènes de rétention soient manifestes.

Cette influence de l'âge sur l'évolution de la mastoïde et des accidents cérébraux est très grande et méritait d'être invoquée à la fin de ce chapitre.

Il faut tenir également grand compte de l'influence des mala-

dies constitutionnelles sur l'apparition et le développement de la mastoïdite

Le terrain semble avoir formé le rôle le plus grand dans les cas de mastoïdites primitives rapidement mortelles, observées par Friedrich chez les diabétiques et les brightiques.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

La mastoïdite d'emblée est une affection trop rare pour que nous puissions faire une étude détaillée séparée des différentes phases de son évolution, mais nous croyons pouvoir avec quelques fruits en tracer une vue d'ensemble et surtout noter quelques faits intéressants au sujet de son diagnostic.

Nous croyons avoir établi d'une façon suffisamment satisfaisante sa pathogénie et son étiologie. Nous savons que nous pouvons être appelé à la diagnostiquer et nous avons vu les cas où nous pourrons la dépister ; mais alors même qu'elle existe d'une façon aussi nette que dans nos observations personnelles et avec ses caractères bien nets de mastoïdite sans infection de la caisse préalable, nous devons serrer de près son diagnostic et la différencier principalement de deux affections qui peuvent donner lieu à une méprise : les lymphangites péri-auriculaires et la périostite mastoïdienne.

Le diagnostic avec la lymphangite péri-auriculaire est facile. Dans la thèse de Faverot (1), Broca nous en donne les éléments principaux : douleurs en avant du tragus ou sous le lobule de l'oreille, en avant de l'apophyse, engorgement des gan-

(1) Faverot. Thèse Paris, 1901

glions en ces régions ; surtout douleur à la pression derrière l'oreille, d'une intensité bien moins considérable quand on appuie perpendiculairement à l'os, et plus vive quand on dirige la pulpe du doigt vers le sillon rétro-auriculaire ; ces tractions, même légères, sur le pavillon sont douloureuses, et l'on doit avoir ces signes présents à la mémoire dans ces cas d'infection lymphangitique extrêmement douloureux où le furoncle n'apparaît pas d'une façon évidente.

Enfin, il est des cas de périostite du temporal, périostite mastoïdienne, à la vérité surtout fréquente chez l'enfant, où les cellules de l'apophyse ne participent point à l'infection et où l'on constate dans cette région un gonflement mal limité, avec effacement du sillon qui, à l'état normal, sépare en arrière et en haut la conque du temporal et où l'oreille est très écartée des parois crâniennes et repoussée en dehors et en avant d'une façon quasi exagérée, alors que dans l'inflammation profonde de la mastoïde le sillon rétro-auriculaire serait souvent plus accusé qu'à l'état normal, et le pavillon de l'oreille n'offre point cet aspect extérieur particulier que nous venons de rappeler et que Duplay (1) donne comme caractéristique de la périostite du temporal et dont Broca conteste toute la valeur, mais à tort selon nous.

Nous voyons que si l'erreur est possible avec les deux affections dont nous venons de nous occuper, nous avons cependant dans la caractéristique de la mastoïdite d'emblée des moyens de la différencier. Les symptômes sont en effet un peu particuliers et sans revenir sur ceux dont la différence apparaît d'elle-même dans l'examen physique, nous en trouvons d'autres encore dus à la pathogénie de cette variété de mastoïdite. Elle est due à une infection légère antérieure sans participation de

(1) Duplay. Arch. génér. de médecine. Paris 1875, t. p. 513.

l'oreille moyenne et la recherche négative d'une lésion de cet organe doit déjà éveiller fortement l'attention du médecin. Son évolution avec douleurs moins violentes soit à la pression, soit spontanées avec moindre gonflement, en un mot sa marche à allure moins aiguë comme développement et comme intensité des phénomènes congestifs, permettent de la reconnaître.

Un signe capital sur lequel nombre de spécialistes et de chirurgiens sont tous d'accord, doit enfin être placé en première ligne; avec M. le professeur Forgue, Toubert nous a dit y attacher une extrême importance: c'est que l'infection est surtout nette dans les cellules de la pointe de l'apophyse, c'est là que le pus se rencontre d'abord, c'est là qu'il se trouve parfois uniquement sans atteinte des cellules de la région supérieure, c'est là qu'il se trouve surtout en plus grande quantité.

A ce fait, devons-nous probablement de pouvoir constater l'évolution assurément favorable de ces mastoïdites quand elles sont attaquées aussi près que possible du début.

Elles se compliquent rarement en effet des graves affections qui viennent se manifester au cours des mastoïdites d'origine otique ; peut-être parce que l'infection est ici plus atténuée, la qualité du coccus à incriminer est-elle moins virulente? On pourrait sur ce point demander à l'examen bactériologique une réponse que nous ne pouvons donner, mais que nous penserons volontiers être affirmative.

Enfin, au point de vue du traitement, nous voyons qu'il n'y a rien de particulier dans les indications opératoires générales: elles sont ce qu'elles sont dans toutes les mastoïdites, mais l'étude de nos observations montre qu'il faut s'attaquer d'emblée à la pointe de l'apophyse, la trépaner en premier lieu, et que généralement cette intervention suffit largement; il est facile d'ailleurs d'étendre le champ opératoire, si besoin en est, pour obtenir des guérisons rapides et durables comme celles dont peut s'enorgueillir à bon droit notre maître, le professeur Forgue, fidèle à ses principes.

CHAPITRE IV

Observation IV

(Docteur P. Hermet. — Leçons sur les maladies de l'oreille.

Pendant l'épidémie grippale de 1890, P. Hermet put assister au début d'une mastoïdite et de convaincre que la caisse n'était à ce moment nullement affectée.

Un mois auparavant, un homme de 55 ans, très vigoureux et très bien portant, était entré à l'hôpital pour une otite purulente droite survenue au cours de la grippe.

L'otite avait eu une marche normale et avait même cédé assez rapidement aux moyens thérapeutiques habituellement employés.

Quelque temps après, il revint un jour demander un avis pour une douleur sourde qu'il ressentait derrière l'oreille, du côté opposé et qui revêtait même certaines nuits un tel caractère d'acuité que tout sommeil était impossible. On constata une tuméfaction manifeste de toute la région mastoïdienne. Pavillon écarté. La pression exercée au niveau de l'antre mastoïdien amenait une recrudescence de douleur.

L'examen au spéculum fit apercevoir une membrane du tympan, non seulement imperforée, mais encore normale tant dans sa coloration que dans sa courbure.

Le malade rejette bien loin l'opération qu'on lui proposait.

alléguant, dans son ignorance bien excusable de la gravité de son état, la cure qu'on avait obtenue du côté opposé.

Les choses restèrent en l'état pendant plusieurs jours. Ce n'est qu'après une semaine environ que la caisse participa à l'inflammation du voisinage et se mit à couler. En même temps, les manifestations locales se corsèrent. Un abcès superficiel extra-mastoïdien se forma. Le gonflement devint énorme ; la région temporale elle-même était atteinte. Les douleurs étaient constantes, les nuits sans sommeil.

Après trois semaines de souffrances intolérables, le malade se décida à accepter l'intervention chirurgicale.

La peau était décollée dans une vaste étendue.

L'incision cutanée donna issue à un verre à Bordeaux de pus.

Les cellules mastoïdiennes baignaient elles-mêmes dans une collection purulente.

Le malade guérit très bien.

Observation V

(J. Dunn. — Archives of otology. Janvier 1902.)

Jeune homme de 19 ans est reçu à l'hôpital avec douleur vive dans l'oreille. Quinze jours avant il avait eu une angine.

Il accuse une céphalée intermittente et dernièrement de la douleur, puis du gonflement de la région temporo-occipitale gauche, sans grand frisson.

L'examen ne montre rien du côté du tympan et une ponction ne donne que du sang.

La pointe mastoïdienne cariée est enlevée et laisse voir une vaste poche de pus dans la région cléido-mastoïdienne. Pendant la trépanation de l'apophyse, on ne trouve rien du côté de l'antre.

Guérison rapide.

Observation VI

(Laveran. — Journal des sciences médicales de Lille. 7 novembre 1903.)

Un jeune homme présente une tuméfaction de l'apophyse mastoïde. Il y a quelque temps, il avait eu de l'otite externe avec furoncle du conduit et tuméfaction en haut, en arrière du pavillon.

L'incision fait tomber sur une pointe d'ostéite avec trajet fistuleux. Cette fistule conduit dans l'antre mastoïdien, dont la muqueuse paraît saine ainsi que du reste celle du tympan.

Les hasards de la clinique amenèrent presque simultanément, à un jour d'intervalle, dans le service d'otologie du Val-de-Grâce, dont M. Toubert était temporairement chargé, deux malades qu'il put suivre de très près. Leurs observations présentent un grand intérêt au point de vue de l'étude de cette forme relativement rare de la mastoïde.

Observation VII

(Nous devons les observations VII et VIII à l'obligeance extrême de M. Toubert, professeur agrégé au Val-de-Grâce.)

I. — Mastoïdite aiguë suppurée (antrite et cellulite indépendantes) ayant évolué sans perforation constatable du tympan. — Début de phlegmon temporo-mastoïdien. — Trépanation de la mastoïde. — Guérison.

Laly..., 23 ans, soldat d'infanterie; sans antécédents pathologiques héréditaires et sans antécédents personnels autres qu'une bronchite légère en février 1900; a été pris le 24 mai d'une angine légère. Il a eu, à la suite, des douleurs et des

bourdonnements dans les deux oreilles, mais ces phénomènes se sont atténués à droite, tandis qu'ils sont allés croissant à gauche, jusqu'au 29 mai, jour de l'entrée à l'hôpital.

Le 30 mai, l'état du malade est le suivant : pas de fièvre ; la température qui a atteint 36°9 le soir est le matin de 36°5. Mais il existe une céphalée intense, rendant la station debout et même assise impossible. Insomnie ; inappétence. Douleurs atroces dans l'oreille gauche et la région périauriculaire ; bourdonnements ; surdité presque absolue. Il n'existe pas (et il n'a jamais existé auparavant) d'écoulement purulent par le conduit auditif externe, bien que le début des douleurs aiguës remonte déjà à cinq jours. A l'examen objectif, on trouve le conduit tuméfié, quoique de coloration normale, rétréci surtout par le déplacement en avant de la paroi postéro-supérieure, à tel point que l'introduction régulière du spéculum, très douloureuse du reste, est impossible. Léger œdème de la région temporale ; empâtement à peine marqué de la région mastoïdienne ; un ganglion prétragien et un ganglion rétroauriculaire engorgés et douloureux ; pas de douleur osseuse nette révélée par la pression exercée sur l'os en dehors du ganglion.

31 mai. — Le traitement ordinaire (instillation de glycérine phéniquée dans le conduit et pansement humide sur la région) n'amène pas de détente. L'apyrexie persiste, mais les douleurs sont atroces et la tuméfaction a augmenté, surtout dans la région temporale, qui est devenue légèrement convexe. La paracentèse du tympan est impossible, en raison du rétrécissement considérable du conduit. La trépanation de la mastoïde est décidée pour le lendemain, réclamée du reste par le malade qui demande à être soulagé à tout prix.

1er juin. — Anesthésie à la cocaïne. Incision classique dans le sillon rétroauriculaire, à travers des tissus à peine œdématiés. Mise à nu de l'os jusqu'au bord postérieur du conduit auditif osseux. La couche corticale est saine. Il faut pénétrer au ciseau,

copeau par copeau, jusqu'à près de 1 c. 5 de profondeur pour trouver une cavité : c'est l'antre, assez petit ; il contient à peine un centimètre cube de pus, où l'examen microbiologique a révélé la présence de microcoques groupés surtout en diplocoques, quelques-uns en petits amas. La muqueuse est rouge et d'aspect bourgeonnant. Curettage de l'antre ; exploration de ses recoins avec un fin stylet ; rien d'anormal n'est constaté. Attouchement au chlorure de zinc à un dixième. Tamponnement lâche à la gaze iodoformée dans le conduit et dans la plaie mastoïdienne. Le soir même, amélioration des symptômes généraux et locaux ; le malade ne souffre plus ; il a pu dormir pour la première fois depuis six jours.

Du 2 au 9, l'amélioration continue. La température oscille entre 36°6 et 37°2 ; le malade est tranquille, dort bien et mange bien.

Dans la nuit du 8 au 9, le malade est réveillé par la sensation d'un écoulement liquide qui vient de faire issue spontanément par le conduit auditif externe. Le 9 au matin, le pansement est refait. La plaie mastoïdienne a très peu secrété. Quant au tampon de gaze placé dans le conduit auditif, il est imprégné en totalité de pus phlegmoneux, où l'examen microbiologique a démontré la présence de staphylocoque.

L'œdème a disparu en avant vers la tempe et en arrière vers la mastoïde ; il persiste encore dans la partie intermédiaire au-dessus de la paroi supérieure du conduit. La lumière de ce dernier est encore un peu rétrécie, moins cependant qu'avant l'intervention.

16 juin. — Deuxième pansement. Le tampon, retiré du conduit, ne présente pas de traces de pus. La plaie mastoïdienne bourgeonne activement et sécrète peu. Etat général excellent.

30 juin. — Cicatrisation complète de la plaie mastoïdienne. Conduit auditif normal. Tympan légèrement rouge dans sa

moitié supérieure encore un peu épaissie, très mobile. Pas la moindre trace visible de perforation. L'acuité auditive est aussi bonne à gauche qu'à droite.

Observation VIII

II. — Mastoïdite aiguë suppurée (antrite et cellulite extensives, avec dénudation du sinus latéral) ayant évolué sans perforation du tympan. — Trépanation de la mastoïde. — Guérison.

Bag..., 22 ans, cuirassier, sans antécédents pathologiques héréditaires et sans autres antécédents personnels que quelques bronchites et angines légères, a eu, au milieu du mois de mai, du côté de l'oreille droite une poussée inflammatoire, d'apparence spontanée, caractérisée par des douleurs vives, des bourdonnements et et de la surdité qui ont disparu en 5 jours, sans autre traitement que des instillations de glycérine. Après 5 jours d'accalmie, des symptômes identiques apparaissent du côté de l'oreille gauche, mais présentant une acuité et une extension telles que le malade est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de mastoïdite.

1er juin 1900. Pas de fièvres. Pas de suppuration par le conduit.

Céphalée très pénible, persistante. Insomnie. Douleurs spontanées atroces dans l'oreille gauche, irradiées à toute la moitié gauche de la tête. Douleur localisée très vive, provoquée par la pression, près de la pointe de l'apophyse mastoïde. A l'examen objectif, bien que le conduit soit étroit, on voit le tympan un peu rouge, mais ni voussuré ni animé de battements. Un léger empâtement, visible surtout par comparaison avec le côté sain, existe dans la région rétroauriculaire, un peu au-dessous du milieu de la mastoïde. La localisation des symptô-

mes vers la pointe de cette apophyse nous décide à aborder d'emblée le foyer osseux, sans essayer la paracentèse du tympan, conformément du reste au désir exprimé par le malade, que le résultat, aussi rapide que bienfaisant, de l'opération pratiquée la veille sur son voisin de lit, pousse à nous demander avec insistance la même intervention, aussi hâtive que possible.

2 juin. — Anesthésie à la cocaïne. Incision rétroauriculaire classique, prolongée verticalement en bas jusqu'à hauteur de la partie inférieure de la mastoïde. Les tissus sont légèrement infiltrés. Mise à nu de l'os ; il paraît sain, mais au premier coup de ciseau, on voit le pus sourdre le long de l'instrument. En quatre coups, la couche corticale est abrasée ; il s'écoule de un à deux centimètres cubes de pus phlegmoneux, où l'examen bactériologique a révélé la présence du streptocoque. La curette enlève aisément le tissu osseux infiltré jusqu'à l'antre. La cavité ainsi formée se prolonge assez loin en bas vers la pointe, sans cependant l'atteindre ; elle mesure 13 millimètres de hauteur, dont 8 au-dessous du plan passant par le milieu du conduit auditif osseux, et 5 au dessus.

L'exploration attentive de cette cavité nous fait trouver en arrière et en bas un point où manque la résistance osseuse. Après tamponnement et assèchement, il est facile de constater qu'en ce point le sinus latéral est à nu, reconnaissable à ses mouvements d'expansion et de retrait.

Tamponnement lâche à la gaze iodoformée. Pansement.

Amélioration immédiate. Le jour même, le malade cesse de souffrir et dort.

Du 3 au 9 , l'amélioration continue. La température oscille entre 36°8 et 37°2.

Le 9 , premier pansement. Sécrétion peu abondante par la plaie mastoïdienne ; pas d'écoulement par le conduit auditif. Tympan gris, épaissi ; l'apophyse externe du marteau est le seul repère visible ; pas de trace de perforation.

A la fin de la quatrième semaine, la cicatrisation est complète. Le tympan a l'aspect amiantacé ; le marteau tout entier est très net. L'acuité auditive est aussi bonne à gauche qu'à droite.

Depuis cette époque, un troisième cas a été publié par Chavasse et Toubert, du Val-de-Grâce (relaté dans *Etudes sur les complications temporales et endocrâniennes d'origine otitique*).

Observation IX

D..., 19 ans, soldat au régiment de sapeurs-pompiers de Paris. Coryza en juin 1898 et otite moyenne catarrhale aiguë à gauche. Entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 26 juillet 1898. Perception aérienne peu atteinte. Weber latéralisé à droite. Rinne positif.

Le 31 juillet, douleur mastoïdienne, sans rien d'anormal du côté de l'apophyse ou du tympan. Le 6 août, cet état persiste ; température, 38°5. Trépanation sous anesthésie cocaïnique. Apophyse scléreuse ; l'antre ne contient pas de pus ; ses parois sont très douloureuses au contact du stylet. Pansement ordinaire.

La température tombe de 38°7 à 37°6 ; la douleur disparaît dès le lendemain.

Le 10 août, névralgie faciale et dentaire, avec petite ascension thermique, 37°6.

Le 4 septembre, guérison de la plaie opératoire. Le 13, le tympan est encore rouge et déprimé. Exeat le 17.

Le 20 décembre, deuxième entrée à l'hôpital. Le malade dit avoir eu des douleurs d'oreille avec écoulement de pus. Le tym-

pan n'est ni enflammé ni perforé. Trompes perméables. Audition normale. Exeat le 20 janvier 1899 (1).

Observation X

(Sune y Molisth. Revista la laryngologie. Octobre 1901.)

Un homme, très vigoureux, arrive à l'hôpital avec douleurs dans l'apophyse mastoïde gauche.

En 5 jours, les lésions font de tels progrès que toute la région de la mastoïde était devenue le siège d'un gonflement énorme. Cependant, intégrité complète du conduit et de la membrane tympanique et de la caisse ; le pus était collecté dans l'antre.

Observation XI

(S. G. Babney. Laryngoscope. Janvier 1900.)

L'auteur décrit un cas de mastoïdite accompagné de fièvre et de douleurs intenses chez un homme de 26 ans. Les cellules mastoïdiennes et l'antre forment une cavité unique sans lésion de l'oreille moyenne.

---

(1) Ce cas, fait observer M. Toubert, est à la fois un cas de mastoïdite primitive et de mastoïdite à forme névralgique comparable à l'ostéite névralgique des membres et justiciable comme elle de la trépanation de l'os.

Observation XII

In thèse M. Bellin. Paris 1903.

Service du Dr Lermoyez

Mastoïdite. — Abcès sous périosté. — Cellule sus-méatique. — On ne peut découvrir l'antre, étant arrêté en haut par la dure-mère, en arrière par le sinus, en avant par le facial.

Le 22 mai 1902, Mme M..., âgée de 50 ans, concierge, vient à l'hôpital pour une grosseur qui est apparue depuis quelque temps derrière l'oreille gauche et pour des douleurs dans la moitié correspondante de la tête.

Cette malade n'avait jamais présenté de symptômes auriculaires. En janvier, elle a eu sans trop savoir pourquoi des bourdonnements dans l'oreille gauche ; quelques jours plus tard, ces bourdonnements sont accompagnés d'élancements, puis l'oreille a légèrement coulé pendant quatre ou cinq jours. A la suite, la malade ne souffrait plus, mais elle se plaignait encore de quelques bourdonnements. Au commencement de mai apparaissent quelques douleurs spontanées dans la région mastoïdienne antérieure et supérieure. Ces douleurs allèrent en augmentant, si bien que, du 10 au 22 mai, la malade ne put dormir ni jour ni nuit. Elle entre à l'hôpital.

On constate un gonflement très marqué de la région rétro-auriculaire gauche, gonflement qui gagne la région temporale en passant au-dessus du conduit. La pression est très douloureuse à ce niveau. La membrane tympanique semble normale, quoique légèrement grisâtre et enfoncée.

Le cathétérisme montre qu'il n'y a pas de liquides dans la caisse ; l'audition est bonne. Le conduit auditif externe n'est ni rouge, ni sensible nulle part.

23 mai. — Opération par M. Lermoyez; incision au lieu d'élection; abcès sous-périosté fusant vers la loge temporale. On trouve une perforation spontanée de la corticale qui siège exactement sur le bord du conduit auditif osseux, en haut et en arrière. A la gouge, on ouvre une cellule sus-méatique du volume d'un haricot dont les parois sont saines, sauf la superficielle; pas d'ostéite, pas de fistule.

On attaque les parois de cette cellule, en se dirigeant vers l'antre; après avoir abattu deux millimètres d'os, on tombe sur la dure-mère saine. La brèche étant prolongée, on tombe sur le sinus sain. Il est impossible de prolonger la trépanation sans blesser le facial. Etant donné que l'oreille ne coulait plus, que les parois de la cellule suppurée étaient saines ainsi que le tissu osseux avoisinant, on se contente de cette exploration et on ferme la plaie en laissant un drain qui est enlevé quatre jours après.

15 juin. — La plaie rétro-auriculaire étant complètement fermée, la pression n'est douloureuse nulle part; rien dans le conduit auditif; tympan normal. La malade n'a plus de douleur de tête; elle se considère comme guérie. La malade a été revue tous les jours jusqu'au 1er octobre. La guérison persiste en mai 1903; la malade, revue depuis, est complètement guérie.

Observation XIII

(*In* thèse Belin. Paris, 1903.)

Mastoïdite. — Abcès temporal sous-périosté. — Ostéite du temporal.

L. Honoré, âgé de 73 ans, emballeur, entre à l'hôpital en novembre 1901. Ce malade n'avait jamais rien eu du côté des oreilles. Un mois avant son entrée à l'hôpital, il a eu de vives douleurs dans l'oreille gauche, douleurs l'empêchant de dor-

mir, mais ne l'empêchant pas de travailler. Peu de temps après, il constate, derrière son oreille, une grosseur douloureuse au toucher ; jamais son oreille n'a coulé.

10 décembre 1901. — Le malade a violemment souffert cette nuit. On constate, en arrière du pavillon, une tuméfaction rouge qui s'étend au-dessous du conduit auditif externe ; toute la partie postérieure de la région mastoïdienne et la région temporale sont empâtées.

Le conduit est rétréci par une chute de la paroi supérieure du conduit, le tympan est normal.

Opération. — Incision rétro et sus-auriculaire en croissant. Les téguments sont très épais. Masse de pus sous-périosté. Le temporal est dénudé au niveau de la racine de l'apophyse. Perforation spontanée un peu au-dessus du conduit, menant dans un foyer d'ostéite, du volume d'une noisette, qu'on ouvre et curette avec grand soin.

Comme il n'y avait pas de pus depuis le conduit, pas de rougeur du tympan, pas de fistule menant de la cavité malade dans l'antre, on arrête l'opération. La cavité est tamponnée à la gaze stérilisée.

17 décembre. — Malgré l'intervention, douleurs continuent.

27 décembre. — Deuxième intervention.

10 janvier 1902. — Fistule ; troisième intervention le 21 février.

Mai. — La fistule est fermée. Le malade ne souffre plus.

Le malade, revu en octobre, va toujours bien.

Le malade a été revu en mai 1903 ; il est complètement guéri.

Observation XIV

(*In* thèse Belin. Paris, 1903.)

Mastoïdite. — Suppuration limitée aux cellules limitrophes.

M. M..., se présente le 6 mai 1902, à la clinique du docteur Luc, pour douleurs de l'oreille gauche ; le malade n'a jamais rien eu du côté des oreilles. Il y a huit jours, à la suite d'un léger rhume de cerveau, il a eu quelques bourdonnements dans l'oreille gauche, quelques petits élancements, et il a remarqué qu'il entendait un peu moins bien.

Depuis trois ou quatre jours, ces symptômes ont disparu pour faire place à une douleur assez intense, semblant siéger au fond du conduit ; en même temps, il souffre un peu de la tête.

L'examen du conduit auditif externe montre à gauche, au niveau de la paroi postéro-supérieure, un abaissement circonscrit de cette paroi ; à ce niveau, la peau n'est ni rouge, ni acuminée ; l'attouchement au stylet est douloureux, mais supportable.

La membrane du tympan est légèrement enfoncée, mais elle n'est pas rouge ; la traction sur le pavillon de l'oreille est douloureuse. On pense à une otite externe furonculeuse probablement, mais on fait quelques réserves à cause de l'étendue et de l'aspect particulier de la lésion.

Le malade est revu deux jours plus tard. Mêmes symptômes. L'abaissement de la paroi postéro-supérieure est peut-être un peu plus marqué. Le cathétérisme de la trompe d'Eustache montre que la caisse ne contient pas de liquide. Une injection de cocaïne, à un pour cent, est pratiquée avec une aiguille très fine dans la peau de la paroi postérieure du conduit, une inci-

sion est faite au bistouri sur le point le plus saillant, on pénètre facilement dans une cavité osseuse remplie de pus.

Une curette introduite dans cette cavité ramène quelques fongosités et des débris d'os malades. Cette cavité est nettoyée le mieux possible et tamponnée à la gaze iodoformée. Trois semaines après, la guérison était obtenue. Elle se maintient encore à l'heure actuelle. Le malade ne souffre pas, le conduit a repris son aspect normal.

Le malade, revu depuis, est complètement guéri.

Observation XV

(Elisée V. Segura, professeur agrégé d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres.

Un cas de mastoïdite de Bezold considéré comme un cas de mastoïdite d'emblée.

Francisco X..., homme de 65 ans, se présente à ma consultation de l'hôpital San-Roque, le 8 avril 1902, pour une tuméfaction douloureuse de la partie latérale supérieure gauche du cou, rendant difficiles les mouvements de rotation de la tête.

Rien de particulier dans ses antécédents tant héréditaires qu'individuels.

A l'examen, on constate, au niveau de l'insertion mastoïde de l'externo-cléido, une tuméfaction prononcée qui se dirige un peu vers le bas de la direction du muscle et envahit la partie supérieure de la région mastoïdienne avec son point culminant situé immédiatement au-dessous du sommet de l'apophyse.

La pression exercée de haut en bas provoque une sensation douloureuse au niveau de l'antre et s'accentue peu à peu pour devenir intolérable à la pointe de l'apophyse et dans la première portion du muscle externo-cléido-mastoïdien. L'examen

otoscopique révèle une chute prononcée de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif qui ne laisse voir qu'une partie de la membrane du tympan épaissie et légèrement vascularisée. Il n'y a pas de pus et le malade manifeste n'en avoir noté en aucun moment ; il déclare également qu'il n'a pas éprouvé de fortes douleurs dans l'oreille, mais seulement une gêne légère les premiers jours.

En dépit de cela et malgré l'intégrité apparente de l'oreille moyenne l'on peut, dès le premier moment, penser à l'existence d'une mastoïdite de Bezold, en tenant compte des circonstances suivantes : localisation de l'affection ; le fait de n'être pas occasionnée par un engorgement ganglionnaire ; l'intégrité de la parotide ; la marche des accidents et enfin l'âge du malade.

Cependant, comme ni l'état local, ni l'état général n'imposent une intervention d'urgence, le malade est laissé en état d'observation immédiate, avec ordonnance de repos absolu et d'applications chaudes locales.

Du 9 au 10 avril, la situation ne se modifie pas sensiblement ; l'état général du malade est bon ; sa température atteint à peine 37°5 ; par contre, l'on constate une légère augmentation de la tuméfaction du cou et aussi de la douleur, plus forte qu'au début.

11 avril. — Dans les premières heures de la nuit précédente le malade a commencé à se plaindre d'une céphalalgie intense qui a persisté jusqu'au moment de la consultation et lui a fait passer la nuit sans dormir.

L'état local n'a pas subi de modification apparente.

Température 37°6 ; pas de vomissements, ni de vertiges.

Urine sans albumine.

Comme il existe chez le malade un état saburral, un purgatif lui est prescrit.

12 avril. — La céphalalgie augmente et se montre continue ;

la température un peu plus élevée, 38° ; l'état général moins bon.

D'autre part, comme l'état local ne s'est en rien modifié, on décide d'opérer immédiatement. Après avoir préparé le malade, je procède à l'opération avec l'aide de mes deux distingués collègues, les docteurs Rojo et Gordillo.

Incision rétro-auriculaire de la base de l'apophyse jusqu'à la première portion de l'externo-cléido autant qu'il est nécessaire pour comprendre toute la région affectée.

L'apophyse ayant été dénudée la corticale apparaît vascularisée, mais sans points visibles d'ostéite.

L'antre est ouvert au ciseau et au marteau. Il est rempli de pus et se continue vers le bas avec une apophyse de grandes dimensions et par la disparition des cloisons intercellulaires, il s'est converti en une seule et vaste cavité.

Après avoir extirpé toute la corticale, on découvre le trajet par où le pus a franchi la mastoïde. On voit qu'il s'est fait passage par la rainure digastrique et qu'il s'est dirigé dans deux directions : vers en bas en suivant l'externo-cléido et en arrière des muscles de la nuque, quoique sur une moindre extension, formant ainsi ce que nous pourrions appeler un abcès bifurqué.

Au cours de l'opération qui est faite radicalement, on reconnaît que le sinus latéral s'est dénudé spontanément, ainsi qu'une petite portion de la dure-mère au niveau de la fosse cérébrale moyenne.

Comme dans les examens antérieurs aucun désordre n'avait été rencontré dans la caisse et que, d'autre part, le conduit tympano-mastoïde se présentait sain d'aspect, et, en apparence oblitérée, l'intervention de ce côté ne fut pas poussée plus loin croyant inutile, nuisible même, de rétablir la communication entre la cavité tympanique et la cavité mastoïdienne.

Pour terminer, il fut fait un minutieux râclage de toute la cavité en prenant soin d'éliminer tous les tissus nécrosés tant

les osseux que les mous, en comprenant dans ces derniers une bonne partie des fibres terminales de l'externo-cléido-mastoïde ; enfin, on procède au tamponnement avec gaze iodoformée, laissant la plaie largement ouverte.

13 avril. — Température 37°3. Le malade a bien toléré le chloroforme ; sa céphalalgie a presque entièrement disparu ; son état est tranquille.

15 avril. — On lève le pansement ; la plaie présente un aspect satisfaisant.

Par la suite tout allait bien, les pansements se faisaient tous les deux jours, la plaie suivait une voie de franche cicatrisation et, l'état général était parfait quand, du 22 au 23 du même mois, une réaction fébrile intense se produisit portant rapidement la température à 39° avec accompagnement de frissons, maux de tête, etc.

En changeant le pansement, on note que les bords de la plaie sont rouges et tuméfiés et que la tuméfaction gagne même la peau saine ; le fond conserve son bon aspect antérieur, toute la superficie osseuse se montrant couverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Comme l'état général de notre malade nous fait penser à la possibilité de quelque complication grave intra-crânienne, nous procédons à un minutieux examen qui ne nous révèle, heureusement, rien dans ce sens.

Nous faisons un pansement antiseptique et attendons.

Le jour suivant, 24, on change le pansement et nous pouvons confirmer l'existence d'un érysipèle qui a déjà envahi partie du pavillon et du cou, complication que nous n'avions jamais observée dans notre service.

On établit le traitement indiqué (fomentation de bichlorure de mercure, pommade d'ichthyol, etc.), moyennant quoi on obtient heureusement de modifier la situation en un temps relativement

court, mais non sans qu'il résulte un retard dans la cicatrisation de la plaie rétro-auriculaire qui n'est complète que deux mois après l'opération.

Observation XVI

(Collinet, de Paris. — Archives internationales de laryngologie
Un cas de mastoïdite grave sans suppuration de l'oreille.

L'auteur a observé, sur un homme de 50 ans, un cas de mastoïdite qui a évolué d'une façon très sérieuse sans qu'il y ait en aucun moment d'écoulement purulent de l'oreille.

L'intervention fit trouver une ostéite de la pointe de la mastoïde avec abcès extra-dure-mérien au niveau de la fosse cérébélleuse, perforation fistuleuse sur un point faible de la suture occipito-mastoïdienne, abcès sous-périostique, de la partie latérale droite de la nuque. La maladie avait débuté par une otite aiguë en apparence légère, terminée au huitième jour par un petit écoulement séreux. L'infection s'était localisée dans les cellules de la pointe et avait pénétré en profondeur en laissant relativement intacts, l'antre et l'oreille moyenne .

Observation XVII

R.-A. Wilson (Lancet, 12 mai 1900).
Rapportée par Saint-Clair Thomson dans les Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx
Mastoïdite d'emblée. — Otite moyenne et pyémie d'origine traumatique chez un épileptique.

Épileptique, marié, âgé de 57 ans, admis dans un asile le 27 avril 1892. Il mena une existence tranquille jusqu'au 26 janvier 1893, époque à laquelle il eut une crise d'épilepsie. Pen-

dant plusieurs années il souffrit de temps à autre de douleurs mastoïdiennes et de surdité légère, mais sans symptômes objectifs ni tuméfaction de la paroi postéro-supérieure du conduit.

Le 16 novembre 1899, attaque épileptique avec plaie de la paupière droite et contusion auriculaire du même côté. Le 24, otorrhée droite suivie au bout de trois jours de perforation tympanique. Le 4 décembre, l'écoulement devint plus abondant et la température atteignit 100° F. La suppuration augmentant toujours, on dut pratiquer six lavages le 5 décembre. Température 100° F. Le 11, l'écoulement se modéra, mais la température se maintint ; le 12, elle tomba à 98,8 le matin, pour remonter à 102,2 dans la soirée ; le 13, elle oscilla de 99,6 à 103,4 et le 14 elle varia de 104,4 à 103,4.

Le 15, la suppuration augmenta. Température 104,2 le matin et 106,4 le soir. Le caractère typhique de la température se prolongea deux jours variant de 104,6 à 106,4, le 16, et de 101 à 104,8 le 17. Le 18 décembre, température 101,4, le matin et 101,6, le soir. Diminution de l'écoulement. Le malade était hébété, irritable et recueillait avec peine ses idées pour répondre aux questions qu'on lui posait. Le 19 décembre, température du matin 99,2 et 104,8 le soir. Le 20, 99,6 dans la matinée et 103,2 dans la soirée. On évacue une collection purulente du coude gauche. L'écoulement auriculaire redevient plus abondant. Transpiration abondante alternant avec des frissons. Démarche incohérenle. Température 102 le matin et 101 le soir. Evacuation d'une collection purulente de l'articulation de la cheville droite. Etat très grave. Le malade ne peut parler et absorbe avec peine des liquides, il succombe à midi et demi.

Autopsie. — Aucune altération des portions pétreuse et mastoïdienne de la dure-mère, non plus que ces régions antérieure et postérieure des faces pétreuse et externe de la mastoïde. Pas de modification du tissu latéral. On incise l'os formant le plancher du tympan et on découvre du pus dans la cavité. La

mastoïde est bourrée de pus caséeux ; ses parois sont minces, mais dures et denses. Existence d'une libre communication entre cette cavité et le tympan.

Remarques (Saint-Clair Thomson). On peut admettre que le traumatisme de janvier, joint à la nutrition des cellules mastoïdiennes, a été le point de départ des lésions et que la chute du 16 novembre 1899 a déterminé la mort. Plusieurs circonstances doivent être notées :

1° *Contrairement à ce qui a lieu d'habitude, la maladie a d'abord attaqué la mastoïde puis s'est propagée à l'oreille moyenne* ; 2° les symptômes sont demeurés longtemps latents, causant peu de douleur et une surdité légère ; 3° la terminaison rapide après la lésion du tympan ; la limitation de l'affection à la mastoïde et à la cavité tympanique et la non-implication des membranes et du sinus latéral, bien que la pyémie ait entraîné la mort.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le point le plus intéressant présenté par les mastoïdites primitives, c'est l'intégrité de la membrane tympanique ; il est en effet curieux de constater qu'une infection assez intense pour amener de l'ostéite destructive de la presque totalité de l'apophyse mastoïde, ait respecté la mince barrière opposée par le tympan.

Toubert et Chavasse, au cours de trépanations pour mastoïdites aiguës primitives, ont trouvé l'antre seul atteint (pus ou fongosités), dans dix-neuf cas (antrite pure), et l'antre atteint en même temps que le reste de l'apophyse (antro-cellulites) dans trente-quatre cas. Les cellulites isolées ont été rencontrées dans les cel'ules limitrophes du conduit trois fois, dans les groupes postérieurs cinq fois, dans les cellules de la pointe mastoïdite de Bézold) deux fois, dans une cellule sous-antrale avec intégrité de l'antre une fois.

La communication entre l'antre et la cavité tympanique est facilement supprimée. Ce qui reste des cavités est rempli d'un exsudat séreux ou muqueux. Si la tuméfaction est intense et si les cellules osseuses sont peu développées, leur lumière disparaît complètement, de façon qu'à l'ouverture on les trouve remplies d'une masse rougeâtre pulpeuse. Les lésions ne tardent

pas à dépasser les limites de la muqueuse pour envahir le tissu osseux.

Ferrari a vu au microscope qu'après l'ulcération de la muqueuse des cavités de l'oreille, les couches superficielles de l'os se nécrosent et s'exfolient ; une infiltration de petites cellules envahit les parties nécrosées et s'avance dans la profondeur, en suivant les tissus périvasculaires. Autour des vaisseaux, des granulations jeunes envahissent les lames osseuses environnantes et y déterminent les mêmes altérations que dans les couches superficielles de l'os. Dans les cas plus avancés, on note une nécrose étendue des trabécules osseuses et autour un tissu granuleux dans lequel on distingue, sur six coupes traitées par les couleurs d'aniline, des accumulations de microorganismes.

Nous retiendrons de cet examen que l'infection se propage de la muqueuse à l'os par les gaînes conjonctives (ou lymphatiques) périvasculaires et aussi que l'infection osseuse se manifeste par la nécrose des lamelles contigües. Qu'au lieu de ces processus de nécrose microscopique qui constitue la carie, nous ayons la nécrose en masse d'un bloc osseux plus ou moins considérable, nous verrions se former un séquestre. Séquestration et carie ne sont donc que deux évolutions un peu différentes du même processus. Les intermédiaires abondent du reste. Dans le pus que ramène la curette d'une apophyse cariée, on trouve de la poussière osseuse et presque toujours le séquestre est libre dans une grande cavité produite par la carie des parties avoisinantes. L'étude faite par Ferrari nous explique aussi comment pourra se limiter la lésion. La portion de l'os atteinte de nécrose se séparera de l'os sain qui sera lui-même le siège d'une réaction de voisinage amenant d'ordinaire soit une hyperostose partielle ou totale, soit une éburnation de l'os.

Est-ce à dire que cette hyperostose ou cette éburnation de l'os soit un processus de guérison ? Il serait absolument faux d'envisager ainsi les choses et Lemcke, tout récemment, s'est élevé

contre cette idée. « Les auteurs qui considèrent l'hyperostose du rocher comme une défense de l'organisme contre l'infection envahissante se trompent étrangement, dit-il. L'hyperostose est une complication, et une complication très grave. » Cette hyperostose, cette éburnation sont, en effet, rarement localisées. Obturant l'antre, les cellules mastoïdiennes, le conduit, condensant la corticale externe de l'apophyse, elles entraînent fatalement une impossibilité pour le pus de s'échapper au dehors et celui-ci lentement, progressivement ou au contraire avec une rapidité foudroyante, ira déterminer du côté de l'encéphale des complications graves. Cependant il nous a semblé que la guérison s'obtient plus vite, après l'intervention chez les malades présentant cette résection du tissu osseux.

Les lésions peuvent s'arrêter au cours de leur évolution, régresser et la guérison s'établir. Si, au contraire, le processus poursuit son évolution soit pour des causes mécaniques, production de néoformations isolant les foyers et empêchant le draînage, soit pour cause de virulence spéciale de l'agent infectieux, ou manque de résistance du terrain sur lequel évolue l'infection, le pus peut se faire jour par les fissures naturelles du rocher. Ce mode d'évolution est particulier à l'enfance ; la suture pétro-squameuse n'étant pas fermée, c'est par elle que la suppuration gagnera les téguments. Le pus peut également suivre la voie vasculaire et venir faire jour au niveau de l'espace criblé rétroméatique. Ce fait peut s'observer chez l'enfant comme chez l'adulte, mais dans ce cas, on peut être sûr qu'il s'agit d'une apophyse diploïque.

Enfin, chez l'adulte, l'effraction du pus se fait en un point quelconque de la corticale externe. Il peut fuser en bas, vers le cou, donnant lieu, suivant le siège de la perforation, à l'une des variétés de la mastoïdite de Bezold.

Le pus peut pénétrer dans le conduit par un petit trajet fistuleux. Il peut évoluer vers le toit de l'antre, ou s'insinuer à

travers l'os des groupes cellulaires supérieurs que nous avons décrits et venir déterminer soit un abcès extradural avec ou sans pachyméningite externe, soit de la méningite.

En arrière, il peut gagner la gouttière du sinus latéral qu'il met à nu, se glisser le long de ses parois, les altérer, péri-sinusite puis endo-phlébite, enfin trombo-phlébite avec son cortège fréquent de complications graves. C'est également par cette voie que se développe la méningite postérieure, au niveau de la face inférieure du cervelet. A côté de ces complications, nées de l'extension progressive des lésions, nous devons placer la paralysie faciale, due à la nécrose du massif osseux du facial ou à l'infection des cellules périfaciales.

La septico-pyoémie, avec ou sans thrombo-phlébite, peut se montrer au cours de mastoïdites. Les abcès du cerveau et du cervelet peuvent en être la conséquence. La méningite séreuse est une complication plus rare.

CHAPITRE VI

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Politzer signale, dans son *Traité des maladies de l'oreille*, une symptomatologie particulière des mastoïdites primitives. Toubert relate des particularités intéressantes, au point de vue de l'évolution des mastoïdites d'emblée, chez deux malades observés par lui, dont l'histoire est citée dans notre thèse.

« Certains symptômes habituels des mastoïdites ont manqué. Ainsi l'absence de fièvre a été anormale, à la période où les symptômes, traduisant la réaction endomastoïdienne, étaient à leur maximum d'intensité. C'est plutôt la disproportion inverse (fièvre et réactions intenses et lésions fugaces) que l'on observe dans les mastoïdites aiguës. L'absence de suppuration par le conduit auditif n'est ni moins curieuse ni moins rare : si dans nombre d'observations on attribue à la rétention dans la caisse la gravité de l'infection dans l'antre, il s'agit, en général, d'insuffisance, mais non d'absence d'écoulement purulent au travers du tympan. »

A l'exception de l'hyperthermie et de la suppuration par le conduit, les symptômes cardinaux accompagnant les mastoïdites peuvent exister. Elles commencent, par des douleurs légères dans la région de l'apophyse mastoïde, qui vont ensuite en augmentant et deviennent piquantes, déchirantes, accompa-

gnées de battements, généralement sans rougeur et sans gonflement du revêtement.

Quelquefois les douleurs sont spontanées et font penser à une névralgie. C'est le cas des mastoïdites primitives scléreuses.

Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que l'inflammation devenant plus intense ou se rapprochant de la couche superficielle, il y a sensibilité sous la pression de la surface externe et de la pointe du processus mastoïdien et par suite de la périostite secondaire, un gonflement douloureux des parties molles et des glandes lymphatiques, situées sur l'apophyse mastoïde ; si plus tard il y a suppuration, celle-ci s'étend en avant vers la caisse du tympan, et s'accompagne des symptômes de l'otite moyenne.

La marche de l'ostéite mastoïdienne est très courte dans les cas qui se produisent spontanément et qui sont limités à l'apophyse mastoïde.

L'inflammation atteint en 6 ou 8 jours son degré le plus élevé et même quand il y a formation de pus et épanchement de celui-ci en dehors, la guérison a lieu en 2 ou 3 semaines.

Au contraire, la marche est indéterminée et prolongée dans les inflammations traumatiques et syphilitiques avec carie consécutive ; en outre, dans les formes où l'inflammation s'étend à la caisse du tympan et où la membrane tympanique est perforée.

Le diagnostic de l'ostéite mastoïdienne primitive résulte des douleurs persistantes dans le fond de l'os et des gonflements qui surviennent plus tard sur l'apophyse mastoïde et son voisinage.

Cependant le diagnostic est impossible si, au moment de la première observation, il y a déjà une forte infiltration ou la formation d'un abcès sur le processus mastoïde, car ceci peut se présenter aussi dans la périostite mastoïdienne primitive.

Ce n'est alors qu'après avoir pratiqué l'incision de Vilde ou

après l'évacuation de l'abcès extérieur, et si les douleurs dans l'apophyse mastoïde persistent sans diminution, que l'on soupçonnera un abcès de l'os situé profondément.

De même, après l'extension de l'inflammation à la cavité tympanique, il n'est pas possible de déterminer si l'on a devant soi une inflammation primitive ou secondaire de l'apophyse mastoïde.

Tous ces symptômes ne sont pas infaillibles sans doute mais leur valeur, déjà grande, devient considérable s'ils sont confirmés par quelques symptômes complémentaires, tels que ceux notés plus haut.

La douleur osseuse provoquée par la pression sur la mastoïde dans la région de l'antre, *a fortiori* près de la pointe de l'apophyse est un signe capital. L'ensemble clinique ainsi constitué signifie ostéite (antrite ou cellulite) et permet d'affirmer un diagnostic localiste assez précis pour justifier l'intervention et la diriger.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC (1)

« Le pronostic de la mastoïdite aiguë primitive ou secondaire dépend surtout du traitement qu'on lui oppose. Abandonnée à elle-même, elle guérit rarement par le drainage naturel à travers l'aditus et la caisse du tympan, ce qui n'est possible qu'avec un antre petit, un aditus largement perméable et une infection plutôt atténuée, toutes conditions qui représentent autant d'inconnues pour le chirurgien avant l'intervention. Elle se trépane parfois spontanément par perforation externe rétro-méatique. Mais dans la très grande majorité des cas, la mastoïdite, livrée à elle-même, expose à des complications graves, ainsi que l'a bien montré la statistique présentée par Molinié à la section otologique du XIIIe Congrès international de médecine, tenu à Paris en 1900.

» Au contraire, la mastoïde aiguë simple, non tuberculeuse, traitée par la trépanation, guérit régulièrement presque toujours, si elle est opérée tôt.

» Quant à l'audition, qui dépend de l'otite, elle doit être sauvegardée par l'intervention précoce. »

---

(1) Chavasse et Toubert. — Arch. intern. de laryngo-oto-rhino.

TRAITEMENT

M. le professeur agrégé Toubert, devant les constatations faites à l'occasion de l'intervention, est d'avis que les mastoïdites dites primitives ne doivent guère relever d'un traitement médical. Les instillations antiseptiques dans le conduit, les pansements humides sur la région périauriculaire, la glace ou les sangsues sur l'apophyse mastoïde paraissent *a priori* des moyens impuissants à arrêter une ostéite à marche relativement rapide. A certains points de vue, ce traitement peut devenir dangereux s'il fait perdre un temps précieux en retardant l'intervention.

Le traitement chirurgical sera donc généralement indiqué ; il peut se réduire au minimum, c'est-à-dire à la paracentèse de la membrane tympanique. Cette opération minime, logique, simple et facile pour un otologiste même peu exercé, est certainement à conseiller ; elle soulagera souvent et guérira peut-être quelquefois en drainant l'antre par l'oreille. Cependant, elle peut être rendue impossible par l'état du conduit qui ne permet pas de mettre suffisamment à découvert le tympan. Elle est irréalisable lorsque la localisation de la douleur à la pointe de la mastoïde fait craindre une ostéite trop étendue pour pouvoir être ainsi enrayée.

Le traitement chirurgical des mastoïdites primitives aboutira donc sans doute en maintes circonstances à l'ouverture du foyer caséeux.

L'antrotomie classique n'est pas une opération difficile ou compliquée ; elle exige quelques notions anatomiques précises, mais simples ; un outillage rudimentaire lui suffit.

Enfin, elle agit vite et bien ; l'antre, ouvert et drainé, les phénomènes généraux et locaux disparaissent habituellement très rapidement.

La plaie opératoire se cicatrise vite et l'acuité auditive redevient normale.

Si l'on compare les résultats de cette intervention aux aléas et même aux dangers de l'abstention ou de la temporisation, l'on est autorisé à conclure qu'à la rigueur il vaudrait encore mieux faire une trépanation inutile que méconnaître l'indication d'ouvrir une mastoïdite infectée en son tissu osseux dans des limites qu'il est impossible de prévoir avant l'intervention.

CONCLUSIONS

I. Les mastoïdites dites d'emblée, quoique rares, existent cliniquement.

II. Ellles se manifestent sans symptômes apparents du côté de l'oreille moyenne. Intégrité de la caisse du tympan et du conduit auditif externe.

III. Elles ont une symptomatologie particulière ;

IV. Quant à la pathogénie nous pensons que c'est toujours par la trompé que l'infection de l'apophyse se fait.

Des dispositions anatomiques congénitales ou acquises, de même que des prédispositions individuelles de terrain peuvent aire la localisation de l'inflammation dans les cellules mastoïdiennes, alors que la caisse est intacte.

Peut-être les catarrhes légers, inaperçus, ont précédemment laissé des adhérences et des cloisonnements qui ont rendu possible une inflammation de la mastoïde indépendante de la caisse.

V. Elles nécessitent une intervention rapide, pour parer aux complications méningées et pour sauvegarder l'intégrité de l'audition.

BIBLIOGRAPHIE

BELLIN. — Thèse de Paris, 1903. Anatomie et suppuration des cellules mastoïdiennes.

BROCA. — Traité des maladies de l'oreille.

COUDERT. — Thèse de Paris, 1900. Veine mastoïdienne émissaire, anatomie et pathologie.

COLLINET. — Archives inter. de Rhino-oto-laryngo. Paris, mai-juin, 1905.

CHAVASSE et TOUBERT. — Archives inter. de Rhino-oto-laryngo, mai-juin, 1905.

DABNEY. — Annales des maladies de l'oreille. Un cas de mastoïde sans otite.

DEPOUTRE. — Thèse de Paris, 1901. Oreille moyenne.

DUNN. — Archives of otology, juin 1902. Mastoïdite purulente aiguë sans participation de l'antre ni de l'oreille moyenne.

DUPLAY. — Traité de chirurgie.

FOURNIER. — Thèse de Paris. Mastoïdite de Bezold.

FRIEDRICH. — Physiologie Verein in Kiel in Munich med. Woch. Le 6 mars 1900. Contribution à l'étude des affections auriculaires diabétiques.

P. HERMET. — Traité des maladies de l'oreille.

KÖRNER. — Annales de laryngologie.

LAVRAND — Journal des sciences médicales de Lille.

LÉVÊQUE — Mastoïdite scléreuse.

LIPPINCOTT. — A case of mastoïdites interna chronica with sclerous trephining recovery. Journ. of the Am. med. ass. Chicago, 1885, t. II, p. 64.

LOMBARD. — Thèse de Paris. Otite moyenne.

LUBET-BARBON. — Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement.

Luc. — Traité des maladies de l'oreille.
Moure. — Annales de laryngologie.
Politzer. — Traité des maladies de l'oreille.
Schwartze. — Traité des maladies de l'oreille.
Taptas. — Annales de laryngologie.
Toubert. — Archives inter. de Rhino-oto-laryngol.
R.-A. Wilson. — Lancet 12 mai 1900. Mastoïdite, otite moyenne aiguë et pyémie d'origine traumatique chez un épileptique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 24 juillet 1905
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil
de l'Université :
P. GACHON.

VU ET APPROUVÉ,
Montpellier, le 24 juillet 1905
Le Doyen,
MAIRET.